

формуванню регіональних територіально-виробничих об'єднань, які відповідають наявним природним умовам і потенційним ресурсам регіонів.

### Література

1. Сичевський М. П. Удосконалення організаційно-економічного механізму розвитку харчової промисловості України: Монографія / За ред. С. І. Дорогунцова. — К.: Наук. світ, 2004. — 374 с.
2. Продовольчий комплекс України: стан і перспективи розвитку в умовах економічної глобалізації: Монографія / А. О. Коваленко, С. І. Князев, Л. В. Дейнеко та ін. За ред. д. е. н., проф. Л. В. Дейнеко. — К.: Наук. світ, 2004. — 121 с.

3. Могильний О. М. Регулювання аграрної сфери. — Ужгород: ІВА, 2005. — 400 с.

4. Б. М. Данилишин, О. М. Любченко. Маркетингова стратегія регіонального продовольчого ринку. — К.: Імекс-ЛТД, 2006. — 250 с.

5. Майовець Є. І. Регіональна політика формування і підтримки агробізнесу // Регіональна економіка. — 2002. — № 1. — С. 123–128.

6. Шмига О. О. Роль ринкової інфраструктури у підвищенні конкурентоспроможності сільськогосподарської продукції // Економіка АПК. — 2005. — № 7. — С. 128–133.

*Подано до редакції 07.01.2007 р.*

УДК 364(477.62)

**А.Ю. Литвин,**

*канд. наук з державного управління,  
доцент Донецького університету  
економіки та права*

## СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ЛІТНІМ ГРОМАДЯНАМ У ДОНЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

Соціальне страхування це інструмент управління ризиками і зниженням несприятливих наслідків реалізованих ризиків, який відіграє важливу роль у розвитку економіки держави, створенні бази соціальної захищеності літніх громадян. На сучасному етапі розвитку незалежної України, згідно Конституції України, саме соціальна направленість у діяльності держави стає все більш пріоритетною [1].

Соціально-економічна спрямованість реформ, що проводяться урядом, світовий досвід соціального захисту літніх громадян свідчать, що комплексне реформування системи пенсійного забезпечення потребує розповсюдження нових методів захисту [2]. До таких методів необхідно віднести медичне страхування і програми медичної допомоги.

Ця тема останнім часом привертає до себе все більшу увагу як вчених, так і практиків, які працюють безпосередньо на ринку медичного страхування. Цій проблемі присвячені роботи таких дослідників, як Я. В. Коропець [3], О. І. Бобирь [4], О. М. Чердниченко [5], І. Л. Сазонець, О. А. Джусов [6].

Медичне страхування, згідно із законодавством, може здійснюватися як в обов'язковій формі, так і в добровільній [7].

Але ж слід зазначити, що реалізація таких програм повинна спиратися на урахування наступних особливостей економічного розвитку держави:

1) вирішальним фактором є рівень життя населення (немає потреби пояснювати, якими пріоритетами керується літня людина, якщо їй доводиться зробити вибір: купити харчові продукти, теплий одяг на зиму, розрахуватися за комунальні послуги та електроенергію чи застрахувати себе або своє майно);

2) невисокий рівень довіри громадян України до державних і недержавних компаній (державна вквала у мільйонів своїх громадян їхні збереження на опадних книжках, а трасові компанії одурили сотні тисяч людей через недосконалість державного контролю та корупційність чиновництва);

3) нестабільність законодавства і відсутність твердих гарантій з боку тієї ж держави;

4) інфляція та її негативні наслідки (ще живе у пам'яті гіперінфляція, її катастрофічний наступ на купівельну спроможність населення України десятиліття тому);

5) згідно прогнозів учених в Україні до 2026 р. середня тривалість життя у чоловіків збільшиться з 63 до 68, а у жінок з 74 до 77 років відповідно [3, с. 13].

Крім цих факторів, якщо не вдаватися до деталізації, можна виділити кілька інших причин того, що абсолютна більшість пенсіонерів в Україні не має жодного страхового полісу (на відміну від громадян США, Канади, Західної Європи, де практично у кожного є по 5–7 і більше страховок — життя, нерухомого майна, автомобіля, власних речей, тварин тощо).

© А.Ю. Литвин, 2007

Серед згаданих причин насамперед слід відзначити відсутність страхової культури населення на пострадянському просторі. У таких умовах слід пам'ятати: «Ставлення суспільства до страхування змінюється разом із розвитком ринкових відносин й економічної свободи кожної окремої особи» [8, с. 151].

Не можна залишити поза увагою і регіональний фактор — у потужних промислово розвинутих центрах, таких як, наприклад, Донбас (Донецька область), і зонах постраждалих від аварії на Чорнобильській АЕС середній рівень захворюваності літніх громадян значно вище, ніж в середньому по країні.

Метою даного наукового дослідження є узагальнення вже існуючого досвіду медичного страхування і соціальної допомоги та розробка нових напрямів соціального захисту літніх громадян на основі економічних важелів суто ринкового типу, що не були притаманні до недавнього часу солідарній системі пенсійного забезпечення. І для того, щоб вдосконалити соціальний захист літніх громадян на території Донецької області, є доцільним розглянути досвід Всеукраїнської асоціації пенсіонерів (далі — ВАП), організації, що функціонує на громадських засадах і ставить за мету допомогу літнім людям [5].

Як показує світовий досвід, то є страхові компанії, де за допомогою новітніх технологій, фінансового управління стало можливо захистити ці верстви населення шляхом медичного страхування [6].

Головна ідея медичного страхування полягає у розділенні витрат:

на базисні (фінансування превентивних і профілактичних заходів);

вірогідні (витрати на покриття випадкової захворюваності);

Базисні витрати страхової компанії спрямовані на амбулаторне лікування хронічних захворювань, профілактику ускладнень. Для цього створюються амбулаторії, оснащені на рівні сучасних стандартів якості, де проходять лікування літні люди.

Одним із напрямів Програми медичного страхування, розробленої і впровадженої Всеукраїнською асоціацією пенсіонерів, є створення комплексу взаємовигідних заходів зі створенням власного медичного центру, залученням юридичних осіб та інших складових [6].

Член ВАП має змогу завдяки медичному страхуванню при досить незначних страхових внесках (5 грн на місяць, тобто 63 грн за рік) отримати (в разі необхідності) кваліфіковану медичну допомогу на суму 600 грн, тобто в 10 разів більшу, ніж сума річних внесків.

Звичайно, на початковому етапі впровадження Програми медичного страхування її слід розглядати як доповнення до державних соціальних програм (які поки що фінансуються із державного і місцевих бюджетів вкрай незадовільно), але у перспективі

(коли чисельність і фінансові можливості ВАП зростуть у багато разів) не виключено, що літні люди віддаватимуть перевагу саме медичному страхуванню, а не безкоштовному медичному забезпеченню. Тим більше, що фактично воно не таке вже й безкоштовне: всі чудово розуміють, що хворий (або його родичі) змушений платити всім — від санітарки до головного лікаря, платити за ліки, платити за процедури тощо. Але при цьому («безкоштовному») виді медичної допомоги ніхто з тих, хто бере з хворого гроші, ніякої відповідальності за якість і результати лікування не несе. Тому таке «безкоштовне» медичне забезпечення не має перспективи.

Одним із факторів успішного впровадження Програми є підтримка Всеукраїнської асоціації пенсіонерів від місцевих органів державної влади. Перша страхова компанія (далі — ПСК) спільно з Всеукраїнською асоціацією пенсіонерів розпочала проєкт розвитку схеми загальнодоступного медичного страхування. Проєкт полягає в тому, що члени ВАП укладають договір медичного страхування за однією з обраних програм:

1. Програма «Аптека». Програма спрямована на вирішення найбільш гострих соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям людини, проблемою забезпечення пацієнта лікарськими препаратами для лікування гострих захворювань, ускладнень чи загострень хронічних хвороб. Медичні послуги, що надаються у складі цієї програми:

негайне забезпечення пацієнта, який перебуває у клініці, лікарськими засобами швидкої допомоги, без застосування яких упродовж 24 годин існує безпосередня загроза життю;

забезпечення пацієнта, який проходить курс лікування, лікарськими засобами після узгодження показань для їх призначення, списку препаратів та їх кількості, завірених лікарем асистуючої компанії.

2. Програма «Сімейний лікар» (амбулаторія). Програма передбачає надання й організацію, контроль якості та оплату медичних послуг, необхідних для лікування в амбулаторних умовах, медикаментів, потрібних для лікування в амбулаторії та стаціонарі. Крім того, програма орієнтована на профілактичну медицину; головною ланкою у програмі є окремий лікувальний заклад, до якого прикріплені застрахований, і прикріплення до застрахованого особистого сімейного довіреного лікаря.

До програми входить практичне комплексне лікування:

гострих захворювань (завдання лікування — одужання та відновлення працездатності);

загострень або ускладнень хронічних захворювань (завдання лікування — зниження активності хвороби та відновлення працездатності).

Медичні послуги, що надаються у складі цієї програми:

первинне та повторне обстеження пацієнта лікарем, встановлення діагнозу, складання програми лікування й контроль перебігу хвороби;

проведення лабораторних, інструментальних, мікробіологічних і патогістологічних досліджень, необхідних для встановлення діагнозу та контролю лікування;

консультації провідних спеціалістів;

повне забезпечення курсу лікування лікарськими препаратами;

виконання необхідних медичних процедур і маніпуляцій;

оформлення спеціальної медичної документації.

Програма складається з чотирьох послідовних частин, що дає змогу підібрати найефективніший з медичного погляду і максимально комфортний для пацієнта режим лікування. Кожна з частин є окремою сходинкою на шляху до одужання. Лікар чітко контролює необхідність переведення пацієнта на той чи інший рівень.

Таблиця 1. Вартість страхівки за програмами Всеукраїнської асоціації пенсіонерів

Програми	Для всіх громадян	Для членів ВАП
Програма «Аптека»	10–14 грн на місяць (залежно від регіону і послуг)	5–7 грн на місяць
Програма «Сімейний лікар»	30–38 грн на місяць	15–25 грн на місяць

При впровадженні цих програм застрахований отримує:

підвищення якості медичної допомоги при страхуванні;

сучасне медикаментозне забезпечення;

контроль якості лікування.

Істотним моментом у здійсненні запланованих заходів є комплексність і системність у роботі як виконавчої дирекції ВАП, так і регіональних відділень асоціації. Так, відповідно до Медичної програми регіональні відділення отримують лікарські препарати, частину яких використовують для надання адресної допомоги тим, хто її найбільше потребує, а іншу частину передають медичним центрам що дає змогу підвищити ефективність використання ліків.

Новим напрямом роботи громадських організацій є медична програма Всеукраїнської асоціації пенсіонерів на 2003–2005 рр., яка враховує медичні, соціально-психологічні, демографічні та економічні фактори життя літньої людини в Україні [4].

Розробники програми виходили з того, що її впровадження відбуватиметься в умовах, коли багатьом літнім людям недоступний ряд медико-оздоровчих заходів через вкрай обмежені матеріальні можливості.

Працюючи над програмою, її автори виходили з того, що на загальний стан літніх людей в Україні знач-

ний вплив справляють як загальнодержавні проблеми (низький статус пенсіонерів у суспільстві, елементи дискримінації за віковими ознаками, епізодичний характер уваги до ветеранів війни і праці тощо), так і внутрішні, внаслідок чого психічні розлади, захворювання нервової системи прогресують.

Водночас медична програма ВАП побудована в урахуванням того, що для багатьох членів асоціації старість не асоціюється з неодмінною фізичною слабкістю, хворобами, соціально-економічною залежністю. Тому заходи Медичної програми ВАП нерозривно пов'язані з іншою програмою: «Активне довголіття» [10]. Складовою частиною цієї програми є комплекс заходів з навчання літніх людей нетрадиційним методам профілактики та лікування хвороб з урахуванням того, що абсолютна більшість членів асоціації живе в умовах впливу факторів радіаційного зараження місцевості внаслідок Чорнобильської катастрофи – «Чорнобильський лікнеп».

Зміст програми значною мірою обумовлений також і такими особливостями нашої сучасної життя, які потребують розумного поєднання традиційних вимог медиків до хворих (не займатись самолікуванням, негайно звертатись до лікарів у разі тих чи інших недуг) з тією реальністю, коли кваліфіковані медичні послуги внаслідок бідності більшість літніх не може собі дозволити. Тому, зокрема, деякі заходи в рамках програми передбачають, що за порадою лікаря медикаментозне лікування хворий здійснює вдома, а для діагностики, придбання ліків член ВАП користується програмою знижок на товари та послуги, у тому числі й на ліки, на діагностичну та медичну допомогу для забезпечення охорони здоров'я членів асоціації. Що ж до тих, хто через вкрай скрутні матеріальні умови позбавлений можливості користуватися ліками й медичними послугами навіть за зниженими розцінками і, отже, потребує адресної допомоги, асоціація передбачила (і це відображено у програмі) надання наборів потрібних ліків безкоштовно (табл. 2).

Таблиця 2. Безкоштовна допомога ліками по регіональним відділенням Всеукраїнської асоціації пенсіонерів

Назва регіонального відділення	2002 р.	1 півріччя 2003 р.	Загальна сума наданої допомоги безкоштовними ліками, грн
Київське	2355,7	4510,4	6366,1
Вінницьке	556,5		556,5
Дніпропетровське	714,1		714,1
Одеське	1111,1	671,1	1782,1
Рівненське	1685,2	5522,5	7207,8

Підсумовуючи викладений матеріал, слід зазначити, що нові методи соціального захисту літніх

потребують пильної уваги держави та державного регулювання. Тому слід вирішити комплекс питань на рівні органів державної влади. Серед таких питань першочерговими є наступні:

• порушити питання організації в Донецькій області відділення Всеукраїнської асоціації пенсіонерів, тому що, за інформацією ВАП, воно не зареєстроване [11];

• ініціювати розробку та поширення соціальної й освітньої роботи у напрямку поліпшення стану літніх громадян, організацію превентивних заходів зі зменшення ризиків при переході з однієї вікової категорії до іншої;

• організувати підтримку громадських організацій Донбасу, в програмах яких є допомога літнім людям, та узгодити їх з діючими програмами на території Донецької області і програмами ВАП.

### Література

1. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. // *Голос України*. — 1996. — 13 липня.
2. Закон України «Про недержавне пенсійне забезпечення» № 1057-IV від 09.07.2003 р. // *Податки та бухгалтерський облік*. — 2003. — № 75.
3. Коропець Я. В. Демографічна криза. Шляхи подолання. — Донецьк: Борисфен. — 1998. — 48 с.
4. Бобирь О. И. Зарубежный опыт повышения социально-экономической направленности пенсион-

ных систем // 36, наук. пр. «Економіка: проблеми теорії та практики». Вип. 191. — Т. 3. — Дніпропетровськ: ДНУ, 2004. — С. 744–752.

5. Бобирь О. И., Чередниченко О. М. Развитие недержавного пенсійного забезпечення з метою формування додаткових джерел доходів // 36, наук. пр. «Економіка: проблеми теорії та практики». — Вип. 190. — Т. 4. — Дніпропетровськ: ДНУ. — 2004. — С. 942–951.

6. Сазонець І. Л., Джусов О. А. Інвестиційна система пенсійного забезпечення: Україна та іноземний досвід // *Держава та регіони*. — 2003. — № 1. — С. 98–104.

7. Закон України «Про страхування» // *Урядовий кур'єр*. — 1996. — 18 квіт. зі змінами, внесеними згідно із Законами: № 306/97-ВР від 4.06.1997; № 589/97-ВР від 21.10.1997; № 684/97-ВР від 3.12.1997. // *Урядовий кур'єр*. — 1996. — 18 квітня. — С. 7–10.

8. Литвин А. Ю. Взаємозв'язок морально-етичних основ та інформаційного середовища страхування // *Вісник Донецького університету економіки та права*. — 2004. — № 1 — С. 147–154.

9. Програма медичного страхування // [http://www.uarp.org/ukr/prog/prog\\_med.html](http://www.uarp.org/ukr/prog/prog_med.html)

10. Програма «Активне довіголіття» // [http://www.uarp.org/ukr/prog/prog\\_dovgo.html](http://www.uarp.org/ukr/prog/prog_dovgo.html).

11. Відділення Всеукраїнської асоціації пенсіонерів // <http://www.uarp.org/ukr/viddiljenja/donetsk.html>.

Подано до редакції 25.01.2007 р.

УДК 331.5

Е. Ю. Шалевская,

аспірантка

Луганського національного аграрного університета

### ЧЕЛОВЕК НА РЫНКЕ ТРУДА (НА ПРИМЕРЕ ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ)

В Украине наблюдается довольно устойчивое развитие товарных рынков; однако рынок труда находится на этапе становления и формирования, так как идет торговля разнообразными товарами, покупаются и продаются товары производственного и потребительского назначения, а купля-продажа труда пока еще не налажена. Как известно, рынок — это сфера, где люди покупают и продают товары (услуги) за деньги или по бартерным сделкам. Поэтому на рынке должны быть как покупатель, так и продавец товара.

В качестве продавца на рынке труда выступает рабочая сила, а покупателем является владелец

предприятия. Данный покупатель имеет все возможности для создания своего предприятия, однако он нуждается в наемных рабочих. Для того, чтобы привлечь их на свое предприятие, он должен купить их способность к труду за денежное вознаграждение. Таким образом, покупатель (владелец предприятия) выходит на рынок, чтобы купить выставленную на продажу способность к труду (рабочая сила). Факт купли-продажи рабочей силы является основой возникновения рынка труда.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что основными компонентами рынка труда являются:

© Е. Ю. Шалевская, 2007.